

---

# TENDENCIA EVOLUTIVA DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN SALAS DE CIRUGÍA

---

Natividad Pinto\*

## RESUMEN

La labor que las enfermeras han desempeñado en las salas de cirugía de las diferentes instituciones ha sido siempre vista como algo desconocido. El cuidado que las enfermeras han logrado prestar a sus pacientes en las distintas épocas, ha sido influenciado por sus conocimientos, experiencia y tecnología que las han acompañado, es necesario hacer recuento de todas experiencias con el objetivo de darlas a conocer a las nuevas generaciones. Además un aporte para el reconocimiento de un trabajo en enfermería muy valioso. Se muestra un modelo de preparación de enfermeros expertos en salas de cirugía con el fin de retomarlo, validarlo y aplicarlo.

**Palabras claves:** Quirófano/Operating Rooms, Práctica hospitalaria/Hospital Practice.

## Introducción

El presente artículo efectúa un análisis evolutivo histórico de la práctica de enfermería en el quirófano; se presentan los cambios ocurridos en las labores y funciones de la enfermera pretendiendo ofrecer una visión del pasado, presente y futuro profesional en el área.

La experiencia profesional de la autora de más de 12 años de labores en salas de cirugía, en su experiencia como docente universitaria, la revisión bibliográfica y la vivencia de otros

profesionales de enfermería son las fuentes de documentación del presente trabajo.

La enfermería de quirófano fue una de las primeras áreas de especialidad en la práctica de la enfermería clínica y las enfermeras de quirófano se encontraron entre los primeros miembros de la profesión de enfermería que actuaron como parte del equipo para brindar asistencia de pacientes (J.F. Patiño 1965) sin embargo, durante años la práctica de la enfermería de quirófano permaneció comparativamente estática. Las enfermeras profesionales participaban en la asistencia de pacientes quirúrgicos como instrumentadoras y circulares (quirúrgicas y de anestesia), durante los procedimientos quirúrgicos. También se encargaban de las labores de "aseo y mante-

---

\* Profesora Asistente. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Enfermería Clínica.

nimiento" del departamento de cirugía y de los servicios de ropas blancas (lencería quirúrgica) y esterilización; preparaban paquetes quirúrgicos, tambores (tarros con material) e instrumental. Además visitaban a los pacientes en el preoperatorio para efectuar el rasurado únicamente.

Cuando no estaban en el quirófano ocupadas, estas enfermeras trabajaban en las salas de urgencias. Generalmente estas labores fueron desempeñadas por religiosas que recibían en la mayor parte de los casos un entrenamiento práctico, pero en algunos casos no eran profesionales de enfermería. Sin embargo eran religiosas expertas en estas labores.

Los adelantos científicos en las décadas del cincuenta al setenta produjeron cambios radicales en todas las disciplinas de asistencia de la salud. El número de especialidades en enfermería se fue multiplicando rápidamente. En este mundo científico y tecnológico complejo, es casi imposible desempeñar una función de índole general. La enfermera de quirófano fue perdiendo su posición de élite como una de las pocas especialistas en enfermería.

## Recuento histórico

En el año de 1975 publica la Dra. Mary Gill Nolan<sup>1</sup> "Una revisión amplia de la literatura en 1972 demostró que no había informes sobre enfermeras Clínicas especialistas en el quirófano. Sin embargo, me decidí a poner en marcha el papel de la enfermera clínica especialista en el quirófano al comenzar estudios de posgrado en la Universidad de California en los Angeles, en septiembre de 1972. Según mi experiencia algunas enfermeras educadoras parecían considerar la enfermería de quirófano como limitada para utilizar destrezas técnicas y sin oportunidad para ejercer juicios de enfermería".

En esta época en Colombia existían muy pocas especializaciones en el área clínica, y en el área de quirófano no existía ninguna. Las enfermeras que entraban a trabajar en salas de cirugía, recibían un entrenamiento no formal de parte de las otras enfermeras que habían estado allí y de parte de los anestesiólogos y cirujanos que colaboraban en este adiestramiento, más en el sentido de cómo se hacían las cosas.

A medida que el mundo de las salas de cirugía se tornó más complejo que en otras áreas de especialidad de enfermería, la enfermera de salas de cirugía en la década del 70 al 80 comienza a dedicar más tiempo tras las puertas dobles (en algunos de vaivén) a la supervisión de labores desempeñadas por otras personas, una sola enfermera, como en mi experiencia lo viví, debía responder por nueve salas de cirugía, un programa apretado de cirugía en cada especialidad: cirugía general, ortopedia, otorrinolaringología, neurocirugía pediátrica, cirugía ginecológica, cirugía plástica, casos de urgencia por trauma y casos infectados, realmente en estas circunstancias, el cuidado individualizado para cada uno de los pacientes era casi nulo; estas personas que se supervisaban eran personal de aseo, auxiliares de enfermería y en algunos casos ayudantes, aunque personas con una mística al trabajo y una consagración tan admirable de las cuales aprendí de su experiencia cotidiana y las cuales recuerdo con gran cariño.

En diciembre de 1981, la Universidad Industrial de Santander con su Facultad de Salud, el Departamento de Enfermería en su programa de educación continuada, dicta el curso Teórico-Práctico "Administración de la Atención de Enfermería en el Quirófano", al cual asistieron un número de 20 enfermeras profesionales, no sólo de Santander sino de diferentes Departamentos del país, todas las enfermeras allí reunidas estaban ejerciendo como enfermeras jefes del quirófano. En este momento los recursos de formación para estas enfermeras era muy escaso o casi nulo.

1. GILL, Nolan Mary. Enfermera Clínica Especialista para Asistencia Transoperatoria. Clínicas de Norteamérica. Vol. 10 No. 4 Año 1975.

Por esta época, los servicios de central de esterilización se iniciaban ya; una enfermera profesional coordinaba la central de esterilización en los hospitales (especialmente universitarios) y en algunas Clínicas importantes. El profesional del quirófano comienza a no entenderse con el preoperatorio del paciente y este pasa a ser responsabilidad de las enfermeras de los diferentes servicios, las instituciones tienen sectorizados sus servicios quirúrgicos, ortopedia, quemados y cirugía plástica, gineco-obstetricia, cuidados intensivos, urgencias, oncología, es la sectorización más utilizada en los distintos hospitales, con estos servicios la enfermera debía mantener una comunicación continua (generalmente telefónica), para la preparación de los pacientes a operar diariamente y la consecución de algunos elementos como prótesis, material de osteosíntesis que el paciente debía conseguir para su intervención, las cancelaciones de las cirugías eran con frecuencia por falta de elementos, por retraso en el programa diario o por falta de cama para su hospitalización en el postoperatorio, el tipo de cirugía ambulatoria que se realiza en esta época era mínimo, los procedimientos que se realizaban ambulatoriamente eran supremamente sencillos, los servicios como el de cirugía comenzaban a nacer.

La función de enfermera instrumentadora fue cedido a auxiliares de enfermería que recibían un adiestramiento no formal y a una que otra técnica en instrumentación que ya había recibido un entrenamiento formal. La enfermería de quirófano, se convertía en este momento en una especie de ingeniería biomédica (debía manejar y conocer específicamente el funcionamiento y arreglo de los equipos, ya que el servicio de mantenimiento en los hospitales era muy deficiente).

En las salas de cirugía prácticamente no había organización en los elementos de suministro, estos elementos eran manejados en armarios que se mantenían con llave y en él se guardaban medicamentos de control, suturas, elementos de osteosíntesis (que luego

pasaron a la central de esterilización material de ortopedia especialmente), material de consumo para cada procedimiento. En este momento nace lo que se conoció como "centros" que era el sitio donde la persona que iba a instrumentar y la circulante debían ir a pedir los elementos que necesitaban, sin un listado específico ni un protocolo estandarizado para cada procedimiento; no se llevaba control estricto de los elementos gastados para cada paciente, no existía el costo individual, las cuentas de los pacientes se manejaban de una manera global sin saber que la misma colecistectomía de un paciente a otro podría salir más costosa por el tipo de paciente, posibles complicaciones o diferentes materiales usados como suturas.

Los pedidos los realizaba la enfermera con autorización del médico jefe del servicio que en alguno de los casos era un anestesiólogo o un cirujano, ya que a este cargo todos los médicos le huían. En algunas instituciones existía un comité de quirófano que en la mayoría de los casos era inoperante e inefectivo puesto que casi nunca se podía reunir, puesto que lo conformaba: la enfermera de salas de cirugía, el médico jefe del servicio (cirujano o anestesiólogo, representante de los cirujanos, la enfermera jefe del departamento de enfermería). Este comité cuando lograba existir, solicitaba a la dirección recursos, elementos, personal faltante y remuneraciones específicas.

En la actualidad los elementos de suministro o de consumo son manejados directamente por los almacenes generales de los hospitales, en las salas de cirugía se encuentra un pequeño almacén ubicado dentro del área quirúrgica, en donde el personal que labora en las salas va a encontrar todos los elementos de consumo para cada procedimiento quirúrgico, la circulante solicita su pedido con anterioridad o el personal el día anterior prepara los pedidos o canastas para la programación del siguiente o del turno siguiente con pedidos estandarizados y establecidos por el equipo quirúrgico. Además en las

instituciones funcionan efectivamente los comités de compras que son las personas encargadas de asesorar al personal que realiza las compras. No es la enfermera únicamente la encargada de solicitar los pedidos para las salas como era anteriormente.

Las salas de cirugía han evolucionado tanto que se ha observado un cambio macro en la figura arquitectónica de ellas, la manera cómoda y aséptica como fue evolucionando la ropa con que se vestía el personal de salas de cirugía especialmente el de enfermería, inicialmente cuando el número de religiosas que se encontraba en el quirófano era numeroso, se vestían con atuendos o túnicas hasta los pies. Luego el personal femenino optó por batas hasta la rodilla, sin botones y fácil de colocar, luego aparece ya de la década del 80 en adelante, la ropa de "Mayo" para todo el personal de cirugía y diferenciándolo por colores para cada área. Hoy se han modificado ya que se usa por asepsia gorros, tapabocas, batas quirúrgicas, lencería para el campo operatorio desechables y el personal viste con cómodas blusas y pantalones de algodón puro.

## Evolución

Al inicio de la década del 80, en Colombia marca la pauta del ejercicio de la enfermera quirúrgica la Fundación Santafé de Bogotá, las funciones del personal de salas de cirugía están muy bien descritas, ya allí se encuentra Coordinadora del Servicio de Enfermería en Cirugía quien es la enfermería responsable de la planeación, organización, orientación, coordinación, supervisión y realización de los programas clínicos y administrativos de acuerdo a las políticas establecidas por el Departamento de Enfermería, en las áreas de quirófanos, esterilización, recuperación, cuidados intensivos quirúrgicos y hospitalización quirúrgica<sup>2</sup>.

En esta institución se encuentra la Enfermera Jefe de Salas de Cirugía, es la enfermera responsable de planear, organizar, orientar, ejecutar y supervisar las actividades relacio-

nadas con el cuidado al pacientes en las Salas de Cirugía, de acuerdo a normas y procedimientos establecidos en los departamentos de enfermería y cirugía, para mantener la calidad de la práctica en los quirófanos y central de esterilización.

La Enfermera Quirúrgica es la enfermera profesional que está en capacidad de desempeñarse como enfermera circulante de anestesia, como enfermera instrumentadora o como enfermera circulante de la cirugía; está en capacidad de ejercer cualesquiera de estas tres funciones, recibe un entrenamiento formal por la institución, debe estar preparada para desempeñarse en las distintas especialidades médicas (cirugía general, cirugía plástica, neurocirugía, cirugía cardiovascular, ortopedia, cirugía oftalmológica, otorrinolaringología, cirugía pediátrica, urología y urgencias)<sup>2</sup>.

En las instituciones en donde no hay enfermeras quirúrgicas se encuentran las técnicas en instrumentación, que es personal profesional con formación universitaria (seis semestres), existe la enfermera de anestesia que es una enfermera profesional experta en esta área y las circulantes son auxiliares de enfermería, pero está la enfermera supervisora que puede ser del área quirúrgica o sólo de salas de cirugía y la enfermera jefe de salas de cirugía. En otros hospitales especialmente sólo se encuentra la enfermera supervisora de salas y una o dos enfermeras ejerciendo la jefatura de las salas de cirugía, instrumentadoras y auxiliares de enfermería ejerciendo las distintas labores.

La falta de enfermeras expertas en quirófano, la falta de recursos económicos de las instituciones, la lucha de otras profesiones por adquirir nuevos espacios son los que han hecho que las enfermeras hayan perdido el ejercicio de las labores en las salas de cirugía de algunas instituciones.

2. Fundación Santafé de Bogotá. Manual de Funciones del Personal de Enfermería en Salas de Cirugía. Santafé de Bogotá 1985.

En la mayoría de las instituciones, las primeras funciones de las enfermeras en salas de cirugía, fueron ejercidas por religiosas. Las hermanas de la caridad, desde 1857 año en que llegaron de Francia para Colombia para cuidar a los enfermos en el Hospital de San Juan de Dios de Santafé de Bogotá, siempre estuvieron encargadas del quirófano, para esto algunas de ellas fueron entrenadas, otras recibieron estas asignaciones por haberlas ejercido anteriormente en Francia.

Después de 1920 (año en que se funda la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional) que ya comienza a aparecer la cátedra de cirugía en los programas de las enfermeras y por las exigencias de los diferentes médicos que ya regresaban de otros países comienzan a ejercer las funciones las enfermeras laicas o religiosas pero con educación no formal como ayudantes de los cirujanos<sup>3</sup>.

En la actualidad el nombre de Salas de Cirugía o Quirófano ha sido sustituido por Unidad Quirúrgica que se define "Es un área de la institución, de accesos restringido por sus características especiales de esterilidad, en donde trabaja un grupo multidisciplinario, cuyo fin es el de ofrecer las condiciones que permitan a los médicos brindar terapéutica quirúrgica de calidad, en forma oportuna, precisa, humana y eficaz. El área ha de mantenerse actualizada dentro de los avances de la ciencia y la tecnología y, al mismo tiempo, permitir el desarrollo y mejoramiento del personal que allí labora y el entrenamiento de los estudiantes del área de la salud<sup>4</sup>.

En las instituciones ya se denomina muy claramente el equipo quirúrgico o el grupo multidisciplinario constituido por: médicos cirujanos de todas las especialidades quirúrgi-

cas, anestesiólogos, enfermeras, instrumentadoras, auxiliares de enfermería. Las funciones de la enfermera que ejerce la coordinación de enfermería en una unidad quirúrgica son descritas: "Prestar al paciente un trato humanitario, lograr la comodidad y oportuno tratamiento del paciente, colaborar con el médico coordinador de la unidad en la elaboración de la programación, organizar las actividades y turnos del personal de enfermería, mantener al día estadísticas de la unidad, dirigir y supervisar las labores de enfermería dentro de la unidad, llevar a cabo la inducción de nuevos empleados de su área, evaluar el desempeño del personal a su cargo y promover el desarrollo del mismo.

La administración de las unidades quirúrgicas en su conjunto debe ser ejercida por el equipo quirúrgico, cada uno ejerciendo sus funciones específicas y teniendo a la cabeza el médico jefe del servicio (que generalmente es un cirujano o un anestesiólogo), la enfermera coordinadora de la unidad quirúrgica, asesorado y apoyado por un comité en donde hay representación de cada uno de los grupos que laboran allí. Asesorado y apoyado por el jefe del departamento de anestesia y el jefe del departamento de cirugía.

En la actualidad el término de enfermera de quirófano o enfermera de salas de cirugía ha evolucionado a enfermera PERIOPERATORIA. La Doctora Jane Rothrock RN, CNOR, DNSC presidenta electa de la Association of Operating Room Nurses (AORN)<sup>5</sup> afirma que las enfermeras se refieren a ellas como enfermeras quirofanistas (y este todavía es el nombre de la Asociación), pero éste término limita el tipo de cuidados que la enfermera proporciona y el lugar en que lo hace; en cambio el termino perioperatoria no. En lugar de esto, refleja la preocupación de la enfermera por el paciente antes, durante y después de la inter-

3. Velandia, Ana Luisa. Historia de la Enfermería en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá. 1995.

4. Fundación Restrepo Barco, FES, Fundación Corona. Para el Mejoramiento de una Unidad Quirúrgica. Serie GEHOS No. 7 Editorial Guadalupe. Santafé de Bogotá. 1992.

5. Rothrock, Jane. Enfermería Perioperatoria más allá del Quirófano. Nursing Vol. 12 No. 9 noviembre 1994.

vención: períodos preoperatorio, trans o intraoperatorio y postoperatorio.

El planteamiento realizado por la Doctora Rothrock, es muy práctico y valedero en el sentido que la enfermera puede poner en práctica un cuidado integral y además dar al cuidado una continuidad que le va a permitir la aplicación del proceso de enfermería durante todo el ciclo quirúrgico<sup>6</sup>. La enfermera debe entender que sus funciones en el preoperatorio son básicas e importantes en la valoración del estado de salud del individuo que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico.

EL cuidado Postoperatorio es el que va a permitir las máximas y más pronta recuperación del paciente y el cuidado transoperatorio debe ser visto con la gran relevancia que merece cualquier procedimiento quirúrgico por más sencillo que sea:

En los programas de formación para las estudiantes de enfermería es muy importante y productivo para el aprendizaje siempre viendo al paciente quirúrgico dentro de su ciclo quirúrgico antes, durante y después de la cirugía, esto lleva al estudiante a entender en todo su contexto el cuidado que requiere un individuo que es sometido a un procedimiento quirúrgico por más sencillo que sea y va a facilitar su aprendizaje.

Cuando se va a las instituciones de salud que tienen el servicio de cirugía, se oye a las enfermeras administradoras (enfermeras jefes de departamento de enfermería) quejarse sobre la falta de enfermeras entrenadas en esta área, que los programas preparados para dar atención a los pacientes durante el ciclo quirúrgico no se pueden llevar a cabo como debe ser, que las enfermeras no desean ir a las salas de cirugía a trabajar, que las únicas que aceptan ir son las enfermeras recién egresadas.

Para ayudar a dar solución a este tipo de problemas, las enfermeras en su conjunto o por los comités de educación o con las coordinadoras de educación, las enfermeras pueden organizar pequeños programas de adquisición de aptitudes o habilidades, elaborando un modelo de adiestramiento o capacitación técnica continuamente, esto lleva a las enfermeras a adquirir habilidades, a tener experticia y poder llegar a ser un experto.

## Expertos

Patricia Benner en su obra *Práctica Progresiva en Enfermería*, sugiere el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades aplicado a la enfermería<sup>7</sup>. El modelo de Dreyfus, se basa en que todo estudiante o aprendiz o profesional, entrenándose adquiere los conocimientos precisos a través de cinco estadios o categorías de eficiencia: principiante, principiante avanzado, competente, a avanzado y experto. Cada uno de estos grados es indicativo en tres facetas generales de la ejecución profesional experta. El primero consiste de la supeditación en los enunciados abstractos a la utilización de modelo de experiencias concretas del pasado. El segundo cambio es una alteración de la forma en que el principiante percibe una situación dada, a tenor de la cual ésta se ve cada vez menos como un agregado de partes igualmente destacables y más como un todo único del que sólo descuellan algunos aspectos. El tercer cambio es el paso de una posición de observador imparcial a la de ejecutor comprometido en la acción: el sujeto deja de estar al margen de la situación y participa plenamente de ella.

El modelo necesita más de una observación directa, entrevistas informales orientación de una experta y opiniones propias de las personas que se están entrenando. Las personas cuando son expertas en un área no son difíciles de identificar, porque con frecuencia resuel-

6. Pinto, Afanador Natividad. Visión de Cambio en la Administración de las Salas de Cirugía. Avances en Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Vol XI No. 2 Julio - Septiembre 1993.

7. Benner, Patricia. *Práctica Progresiva en Enfermería. Manual de Comportamiento Profesional*. Segunda Edición. Editorial Grijalbo. Barcelona 1987 página 41.

ven situaciones complejas en forma sobresaliente. Las labores desempeñadas en el quirófano necesitan de una serie de habilidades fáciles de identificar en las personas que se desempeñan.

Los directivos de las instituciones pueden pensar que este entrenamiento puede resultarles costoso, pero si se analizan los costos que implican este tipo de entrenamiento utilizando el modelo sugerido, van a entender que siempre irán a tener personas entrenadas y personal entrenándose en las diferentes áreas a las cuales el personal no le gusta ir a laborar por falta de entrenamiento y van a detectar que es menos costoso y riesgoso para tener en un área específica personal sin entrenamiento adecuado.

Otro elemento que ayuda para el buen entrenamiento del personal y permite a las enfermeras en las instituciones retomar aquellos espacios perdidos, es un registro sistemático de la actividad clínica del experto, es un paso esencial en el perfeccionamiento del saber clínico, y los profesionales expertos pueden beneficiarse de la reseña y descripción sistemática de los aspectos más destacables de su labor, tanto los que ponen en alto su experiencia como los

que demuestran falla en el desempeño. Las enfermeras expertas o bien entrenadas deben buscar espacios en sus instituciones que les permita actuar como consultoras o asesoras de otras enfermeras que requieren entrenamiento, especialmente en áreas específicas como salas de cirugía, cuidados intensivos, urgencias, salas de partos y otros.

La institución utiliza enfermeras expertas para lograr realizar el entrenamiento a las enfermeras inexpertas, para esto las enfermeras expertas actuarán todo el tiempo como asesoras o consultoras de las enfermeras que se están adiestrando, esto debe ser continuo y tener un seguimiento del cual debe tomar parte el comité de educación. Este modelo descrito es sugerido por la autora del artículo para lograr mantener y preparar enfermeras para desempeñarse en las unidades quirúrgicas adecuadamente.

Las tendencias de la práctica de la enfermería en salas de cirugía demuestran que las enfermeras no deben abandonar este campo de acción, que al contrario se debe retomar y para esto las profesionales deben buscar su experticia utilizando los recursos existentes, adiestrándose continuamente y manteniendo una motivación hacia la profesión y hacia su desarrollo.

## BIBLIOGRAFÍA

BEJARANO, Jorge. *Historia y Desarrollo de la Enfermería en Colombia*. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XVII. No. 1 Bogotá, julio 1948.

BENNER, Patricia. *Práctica Progresiva en Enfermería*. Manual de Comportamiento Profesional. Segunda Edición. Editorial Grijalbo. Barcelona 1987.

COLLIERE, Marie Françoise. *Promover la vida. De la Práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería*. Interamericana. Madrid 1993.

FULLER, Johana R. *Instrumentación Quirúrgica. Principios y Práctica*. Segunda Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires 1987.

FUNDACIÓN RESTREPO BARCO y Otros. *Guía para el Mejoramiento de una Unidad Quirúrgica*. Editorial Guadalupe. Santafé de Bogotá 1992.

PATÍÑO, J. F.; GUZMÁN, F.; GONZÁLEZ, N. BAPTISTE, S. *Salas de Cirugía Hospitalarias*. Manual de Procedimientos. Santafé de Bogotá 1995.